CENTRO HERCOLANI S.R.L.

DISPOSIZIONI OBBLIGATORIE PER L'ACCESSO

- **MASCHERINA FFP2**

sempre ed indossata correttamente

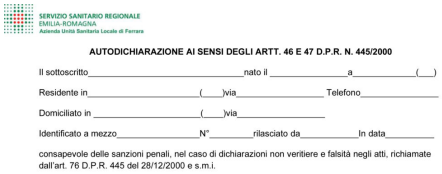
- **ACCESSO NON PIU' DI <u>15 MINUTI</u> PRIMA**

- **MISURAZIONE TEMPERATURA CORPOREA**

al termoscanner automatico a colonna

- **DISINFEZIONE MANI CON GEL**

- **COMPILAZIONE AUTOCERTIFICAZIONE**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto_____nato il _____a_____(___)

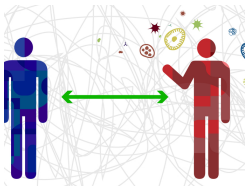
Residente in_____(____)via_____ Telefono_____

Domiciliato in _____(____)via_____

Identificato a mezzo_____N°_____rilasciato da_____In data_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

- **DISTANZIAMENTO**



dalle persone circostanti ed operatori

- **ACCOMPAGNATORI AMMESSI SOLO CON <u>GREEN PASS</u>**

La Direzione Sanitaria